

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922-1923. — N° 25

---

**TUMEURS**  
DE LA  
**ZONE URÉTÉRALE DE LA VESSIE**  
**ET LEUR TRAITEMENT**

---

**THÈSE**

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*et soutenue publiquement le 5 Décembre 1922*

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

PAR

**E. DESGLANGE**

Né à Reignac, (Indre-et-Loire), le 24 Juillet 1895



LYON  
IMPRIMERIE-EXPRESS  
46, Rue de la Charité, 46

1922



**TUMEURS**  
**DE LA**  
**ZONE URÉTÉRALE DE LA VESSIE**  
**ET LEUR TRAITEMENT**

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

|                      |                |
|----------------------|----------------|
| Doyen honoraire..... | MM. HUGOUNENQ. |
| Doyen .....          | J. LEPINE.     |
| Assesseur .....      | ROQUE.         |

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,  
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE A.

## PROFESSEURS

|                                                           |                 |
|-----------------------------------------------------------|-----------------|
| Cliniques médicales.....                                  | MM. TEISSIER.   |
| Cliniques chirurgicales.....                              | ROQUE.          |
|                                                           | BARD.           |
|                                                           | TIXIER.         |
|                                                           | BERARD.         |
| Clinique obstétricale et accouchements.....               | COMMANDEUR.     |
| Clinique ophtalmologique.....                             | ROLET.          |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....      | NICOLAS.        |
| Clinique neurologique et psychiatrique.....               | LEPINE (J.).    |
| Clinique des maladies des enfants.....                    | WEILL.          |
| Clinique des maladies des femmes.....                     | POLLOSSON (A.). |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....                    | LANNOIS.        |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....            | ROCHET.         |
| Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....       | NOVE-JOSSERAND. |
| Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....    | CLUZET.         |
| Chimie biologique et médicale.....                        | HUGOUNENQ.      |
| Chimie organique et toxicologie.....                      | MOREL.          |
| Matière médicale et botanique.....                        | X...            |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....         | GUIART.         |
| Anatomie .....                                            | LATARJET.       |
| Histologie.....                                           | POLICARD.       |
| Physiologie .....                                         | DOYON.          |
| Pathologie interne.....                                   | COLLET.         |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                | MOURQUAND.      |
| Anatomie pathologique.....                                | PAVIOT.         |
| Chirurgie opératoire.....                                 | VILLARD.        |
| Médecine expérimentale et comparée. et bactériologie..... | ARLOING (F.).   |
| Médecine légale.....                                      | Etienne MARTIN. |
| Hygiène.....                                              | COURMONT (P.).  |
| Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....            | PIC.            |
| Pharmacologie .....                                       | MOREAU.         |

## PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

|                                              |           |
|----------------------------------------------|-----------|
| Chargé d'un cours de Pathologie externe..... | VALLAS.   |
| — — Propédeutique de gynécologie.....        | CONDAMIN. |
| — — Chimie minérale.....                     | BARRAL.   |
| — — Urologie .....                           | GAYET.    |

## CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

|                                                     |            |
|-----------------------------------------------------|------------|
| Anatomie topographique.....                         | PATEL.     |
| Botanique .....                                     | BRETIN.    |
| Embryologie .....                                   | GRAVIER.   |
| Orthopédie .....                                    | LAROYENNE. |
| Puériculture et hygiène de la première enfance..... | CHATIN.    |
| Stomatologie .....                                  | TELLIER.   |

## AGREGES

| MM.              | MM.                | MM.            | MM.              |
|------------------|--------------------|----------------|------------------|
| NOGIER.          | GARIN.             | DUROUX.        | CORDIER.         |
| BRETIN.          | SAVY.              | HOVELACQUE.    | ROUBIER.         |
| LERICHE.         | FROMENT.           | TRILLAT.       | FAVRE.           |
| THEVENOT (Léon). | THEVENOT (Lucien). | SARVONAT.      | BONNET.          |
| TAVERNIER.       | PIERY.             | FLORENCE (G.). | NOEL, chargé des |
| CADE.            | COTTE.             | ROCHAIX.       | fonctions.       |

M. BAYLE, secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROCHET, Président ; PATEL, Assesseur.  
MM. LÉON THÉVENOT et DUROUX, Agrégés.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922-1923. — N° 25

---

# TUMEURS

DE LA

## ZONE URÉTÉRALE DE LA VESSIE

ET LEUR TRAITEMENT

---

### THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*et soutenue publiquement le 5 Décembre 1922*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**E. DESGLANGE**

Né à Reignac, (Indre-et-Loire), le 24 Juillet 1895

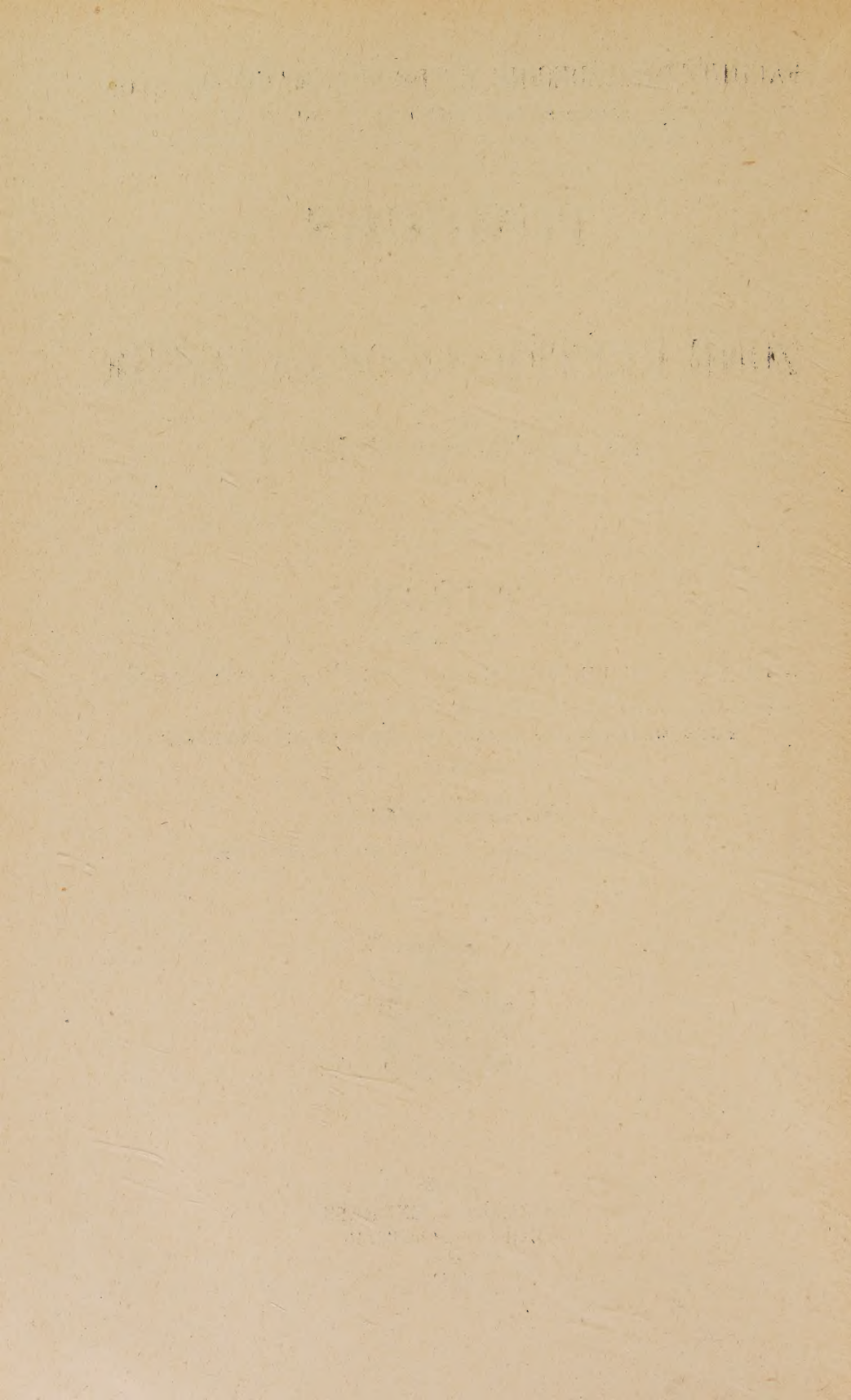


LYON

IMPRIMERIE-EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—  
1922



A MA GRAND-MÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
M. LE PROFESSEUR ROCHET

*Professeur de Clinique urologique à la Faculté de Médecine  
de Lyon  
Chevalier de la Légion d'honneur*

Nous le remercions de l'excellent enseignement qu'il nous a donné, et pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR THEVENOT

*Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon  
Chevalier de la Légion d'honneur*

Qui fut l'inspirateur de notre sujet de thèse et auprès duquel nous avons toujours trouvé l'accueil le plus cordial; il a toujours su nous guider et nous donner d'excellents conseils pour la rédaction du travail que nous avons entrepris; nous tenons à le remercier tout particulièrement.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON  
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS  
ET DE L'ÉCOLE DE SANTÉ MILITAIRE

## INTRODUCTION

---

Il nous a paru intéressant de faire, dans notre travail inaugural, l'histoire de cette variété de tumeurs de la vessie se développant au voisinage des orifices urétéraux pour montrer qu'en dehors des signes communs qu'elles ont avec les tumeurs de la vessie en général, rien n'en faciliterait le diagnostic clinique dans la plupart des cas, si les complications rénales qu'elles provoquent ne venaient nous aider à déceler leur présence. Ces signes rénaux ne devront laisser aucun doute dans l'esprit du chirurgien sur le siège d'une telle tumeur et viendront corroborer les signes fournis par l'examen de la vessie.

Après un court chapitre d'anatomie pathologique, où nous montrerons la fréquence et la variété des tumeurs que l'on peut rencontrer en cette zone de l'orifice urétéral, nous indiquerons les signes communs à tous les néoplasmes vésicaux. Nous étudierons ensuite les complications rénales de ces tumeurs, et nous montrerons comment, avec l'ensemble des signes fonctionnels et physiques qu'elles produisent, on peut faire un diagnostic différentiel assez précis. Si le pronostic en est sombre à cause de leur localisation spéciale, la technique opératoire n'en est pas moins

complexe, car si le chirurgien intervient radicalement comme dans les néoplasmes des autres parties de la vessie, il sera gêné ici par la présence de l'uretère qu'il devra réséquer. L'opération deviendra, de ce fait, plus longue et plus difficile, et donnera des résultats moins certains.

---

## CHAPITRE PREMIER

---

### Anatomie pathologique

---

Les tumeurs de la vessie ont été étudiées par l'école de Necker, par Guyon et ses élèves. Fère publiait une statistique en 1881 qui donnait les résultats suivants :

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| Base .....                            | 25 |
| Paroi postérieure .....               | 17 |
| Base et paroi postérieure .....       | 7  |
| Près de l'uretère gauche .....        | 8  |
| Près de l'uretère droit .....         | 5  |
| Paroi antérieure .....                | 2  |
| Sommet .....                          | 2  |
| Col. ....                             | 3  |
| Paroi postérieure et latérale .....   | 2  |
| Base et paroi latérale .....          | 3  |
| Paroi latérale .....                  | 4  |
| Parois antérieure et supérieure ..... | 1  |
| Paroi post. et supérieure .....       | 5  |
| Base et paroi antérieure .....        | 3  |
| Multiples et diffuses .....           | 20 |

La base (trigone en bas-fond) se trouverait donc atteinte d'après lui plus souvent qu'aucune autre région, les parois postérieures viendraient ensuite, puis les faces latérales, la face antérieure et le sommet seraient rarement atteints.

Pousson, dans sa thèse, puis Stein, indiquent également la prédominance du trigone.

Guyon, au Congrès Français de Chirurgie de 1886, désigne le bas-fond comme étant le siège presque invariable de l'implantation des tumeurs de la vessie et, en 1888, dans ses leçons sur les maladies de la vessie et de la prostate, il publie le relevé de 18 cas, parmi lesquels 13 fois les tumeurs se trouvaient au niveau du bas-fond et du trigone et, par conséquent, au voisinage ou au niveau des uretères.

Feinwick, qui étudie au point de vue statistique, 634 tumeurs de la vessie, trouve 60 % de tumeurs indépendantes, dont 43 % siégeaient au niveau de l'orifice de l'uretère droit et 17 % au niveau de l'orifice de l'uretère gauche.

En 1892, Albarran publie une statistique personnelle qu'il a fait de 88 cas de néoplasmes vésicaux; il divise la vessie en trois zones « une zone supérieure et une zone moyenne qui se partage la région comprise entre le sommet de l'organe et les orifices urétéraux, et une zone inférieure qui s'étend des uretères au col de la vessie; cette dernière comprenant le trigone » et donne les chiffres suivants :

|                                             |    |
|---------------------------------------------|----|
| Zone supérieure .....                       | 1  |
| Zone moyenne .....                          | 38 |
| Moyenne et inférieure .....                 | 3  |
| Moyenne et supérieure, y compris le trigone | 19 |
| Inférieure seule, sans le trigone.....      | 3  |

|                                        |    |
|----------------------------------------|----|
| Trigone seul .....                     | 2  |
| Face antérieure .....                  | 2  |
| Face antérieure et autres régions..... | 27 |

C'est donc pour lui la région moyenne de la zone postérieure qui serait le plus souvent atteinte; le trigone seul serait au contraire rarement pris, et on ne pourrait le considérer comme le lieu d'élection des tumeurs, même si l'on compte tous les cas où il est envahi en même temps que les autres régions.

Il est également d'avis d'insister sur l'extrême fréquence de l'implantation des tumeurs dans le voisinage immédiat des uretères.

M. Pasteau, lui, est d'avis également de tous les auteurs. Mais il prétend néanmoins que les tumeurs vésicales ne se développent pas exactement dans le trigone seul; il paraît insister sur ce fait: « qu'il n'y a pas, d'après lui, un orifice urétéral, mais un mamelon, une zone urétérale sur laquelle s'ouvre l'uretère et qui est surélevée un peu sur le trigone qui la contourne en pente douce, et beaucoup sur les cornes latérales où l'on trouve toujours une dépression transversale qui est située derrière la saillie du muscle interurétéral, et qui constitue le bas-fond »; pour lui, l'implantation la plus fréquente des tumeurs vésicales est très voisine, sinon de l'orifice urétéral lui-même, du moins de cette zone surélevée sur laquelle il se trouve situé.

Quoi qu'il en soit des considérations d'implantation des néoplasmes vésicaux, nous pouvons dire que les chirurgiens qui se sont occupés des néoplasmes de la vessie s'accordent à constater l'extrême fréquence de ces néoplasmes au voisinage de l'orifice urétéral.

Examinons maintenant rapidement à quelle variété de tumeurs nous aurons affaire. Là, en vue d'adopter un mode de traitement, il nous semble préférable de prendre la classification adoptée par Albarran et Guyon : ils répartissent ces tumeurs suivant qu'elles se forment aux dépens de l'épithélium, des éléments conjonctifs ou musculaires de la paroi vésicale, en :

*tumeurs implantées* : pédiculées, sessiles ;

*tumeurs infiltrées* : *encéphaloïdes* : saillantes dans la vessie ; *cancroïdes* : non saillantes.

*Tumeurs pédiculées* : ce sont les plus fréquentes, 30 à 40 % des cas ; s'implantent en un point quelconque de la vessie, de préférence dans la région du trigone ou au voisinage des orifices urétéraux ; elles ont un aspect vilieux ou lisse ; elles apparaissent en général mamelonnées, en chou-fleur, leur surface étalée comme un champignon cache leur point d'implantation.

*Tumeurs sessiles* : Sont assez rares ; Albarran en a trouvé 9 cas sur 78 s'implantant par une base assez étroite qui ne modifie que dans ce point la consistance de la vessie.

*Tumeurs infiltrées* : elles occupent une étendue plus ou moins grande de la paroi vésicale.

Etant données les conditions anatomo-pathologiques que nous venons d'exposer, nous sommes en droit de nous demander s'il n'y aurait pas une raison particulière qui favoriserait ainsi le développement de ces néoplasmes au niveau de l'orifice de l'uretère ? Serait-ce donc un manque d'irrigation de la paroi vésicale à ce niveau ou bien une stase sanguine dans cette région, nous ne pouvons le dire.

Si l'on considère cependant que c'est dans ces régions que l'on rencontre le plus souvent les calculs et les ulcérations vésicales de toute nature, que c'est là aussi que s'amasse le pus et les sédiments urinaires qui peuvent s'écouler de l'uretère, on peut se demander si la fréquence des tumeurs en cet endroit n'est pas le produit de toutes ces causes d'irritation vésicale. Nous ne saurions admettre que l'une quelconque de ces causes puisse produire de semblables méfaits, mais que toutes ces causes réunies déterminent une prédisposition spéciale des cellules de la muqueuse vésicale à proliférer, ce qui est le point de départ de toute néoplasie.

---



## CHAPITRE II

---

### Signes fonctionnels

---

Etudions maintenant les signes que pourront nous donner de semblables tumeurs. Les néoplasmes vésicaux ont tous une grande uniformité de signes, et c'est pourquoi les tumeurs de la zone urétérale auront des caractères communs à tous les néoplasmes de la vessie ; mais, de par leur situation et leur nature, elles pourront déterminer du côté des reins et des uretères un ensemble de phénomènes particuliers qu'il est du plus haut intérêt de bien savoir apprécier.

a) Si elles évoluent comme des tumeurs vésicales ordinaires, nous aurons là des signes fonctionnels communs à tous les néoplasmes vésicaux, à savoir : l'hématurie. L'hématurie est fréquente, se montre de bonne heure, c'est la preuve et souvent l'unique manifestation de la néoplasie vésicale ; elle est spontanée, apparaît sans cause, pendant le repos, pendant la nuit et pendant le jour, ne s'accompagnant le plus souvent d'aucune sensation anormale ; quelquefois cependant, les excès de toute nature, la fatigue

et les traumatismes peuvent la provoquer; elle peut également disparaître brusquement et n'est jamais influencée par aucun médicament.

L'abondance de l'hématurie est variable; des fois, c'est l'expulsion de quelques gouttes d'urine colorée, d'autres fois, c'est une urine rouge plus ou moins foncée. Nous pourrions y rencontrer quelques caillots (Obs. II) qui ne présentent aucune forme régulière, ce qui la différencie de l'hématurie rénale. Cette hématurie est, en général, plus prononcée à la fin de la miction qu'au commencement, et les dernières gouttes d'urine qui s'échappent peuvent être très colorées et n'être même que du sang pur. Parmi les bons caractères des hématuries néoplasiques, il faut ajouter la répétition et la durée, durée qui augmente au fur et à mesure que les hématuries se rapprochent.

Il n'en est pas toujours ainsi et, dans certains cas, on peut observer de bonne heure de la fréquence et de la douleur à la miction. Guyon a remarqué que dans ce cas « les tumeurs s'implantent profondément et largement, qu'elles pénètrent dans la paroi et dépassent de beaucoup la muqueuse »; il ajoute même que les tumeurs pédiculées se manifestent par l'hématurie et que les tumeurs infiltrées ont pour principaux symptômes la fréquence et la douleur à la miction. L'examen des urines ne fournit que rarement des indications particulières; la tumeur, qui baigne le plus souvent dans un liquide septique, communique aux urines une odeur insupportable; les particules de tumeurs recueillies dans les urines et qui ne sont que des débris de cellules néoplasiques sont insuffisantes également.

Enfin, nous signalerons la douleur provoquée par la cystite concomitante très fréquente, plus ou moins tardive

suivant la nature de la tumeur, mais qui n'apparaît dans la majorité des cas qu'à une période avancée de l'évolution de la maladie.

b) Signes fonctionnels dus à la rétention rénale.

En présence de ces signes communs à toutes les néoplasies vésicales, comment pourrons-nous différencier les tumeurs que nous étudions des néoplasmes de la vessie en général? On comprendra facilement que si une telle tumeur se développe au voisinage de l'uretère, elle produira fatalement des désordres apparents du côté de l'uretère d'abord et du côté du rein ensuite; ce sera pour nous tout un ensemble de signes d'une grande valeur.

Ces retentissements à distance des tumeurs de la vessie se comprennent quand on pense que le rein et la vessie sont solidaires.

Supposons qu'un néoplasme de la zone urétérale, ou ses bourgeons, obstrue l'orifice de l'uretère, il empêche le passage de l'urine dans la vessie; l'urine, s'accumulant dans l'uretère, commencera par le dilater; dilatation qui retiendra fatalement à la longue sur le rein; nous aurons alors l'hydronéphrose qui, suivant la période à laquelle nous nous trouverons, aura une grande influence sur le diagnostic. Rapidement, la fonction rénale aura disparu et, de ce fait dépendra la qualité de la rétention.

Les complications rénales peuvent être classées en deux groupes, suivant que les lésions provoquées sont aseptiques ou septiques; dans une première catégorie, nous aurons l'hydronéphrose qui aboutira à l'atrophie du rein au bout d'un certain temps; dans une seconde catégorie, nous aurons hydronéphrose ou pyonéphrose pure.

Les lésions urétérales sont d'ordinaire le début des réten-

tions rénales et, avec Boivin, nous pouvons considérer trois cas : 1° la simple dilatation des bassinets, accompagnée de dilatation urétérale, dilatation qui existe avec ou sans distension; dans un deuxième cas, les calices sont atteints, nous aurons la distension du bassinet et des calices et enfin, dans un troisième cas, la grande dilatation rénale, où le parenchyme rénal est réduit totalement et dans laquelle l'organe n'existe qu'à l'état d'une simple poche.

Les rétentions rénales peuvent s'accompagner d'un cortège de signes assez précis ou, au contraire, être absolument insidieuses et s'installer peu à peu sans déterminer de réaction notable, ne se manifestant pas par des symptômes nets. Nous en tracerons cependant un type classique où se trouveront les principaux symptômes.

La douleur n'est pas constante; elle peut être continue ou intermittente; parfois une simple sensation de tension, de tiraillements lombaires, irradiée souvent tout le long de l'uretère.

Les mictions varient suivant le caractère de la tumeur et l'état de la vessie, mictions qui pourront être influencées par les troubles rénaux.

Il peut y avoir pollakiurie, urines troubles ou claires suivant qu'il y a eu infection ou pas; souvent elle reste normale lorsque la rétention n'existe que d'un côté, parce que le rein du côté opposé subit une hypertrophie compensatrice et supplée ainsi le rein dont le conduit est oblitéré ou obstrué. On a pu même voir chez certains malades des accidents urémiques et la mort par anurie, qui est, dans ce cas, de cause mécanique. Notons toutefois que c'est une complication rare et redoutable de l'affection, car elle n'arrive jamais qu'à un stade avancé de la maladie.

Les signes généraux, peu accentués en général, s'il n'y a pas d'infection.

On comprendra facilement la gravité de cet état, surtout si l'on songe aux complications infectieuses, d'où l'importance du diagnostic précoce ; « car, en somme, pyélite, pyélonéphrite ou pyonéphrose sont les aboutissants naturels et la terminaison fatale de toute rétention rénale chez les malades dont la vessie néoplasique prédispose si bien aux infections ascendantes, en même temps qu'elle s'oppose à la désinfection rapide et suffisante de l'appareil urinaire ». (*Thèse de BOIVIN.*)

### Signes physiques

Tous les signes que nous venons d'énumérer précédemment sont des signes fonctionnels qui, quoique le plus souvent d'une grande probabilité, sont quand même insuffisants pour prouver l'existence d'une telle tumeur. Aussi, dans ce chapitre, nous montrerons quels sont les signes physiques dont disposent les chirurgiens, et nous ne retiendrons que les plus intéressants.

L'examen de la vessie peut se faire : 1° par le cathétérisme ; 2° par le toucher rectal combiné au palper abdominal ; 3° par l'examen direct par la cystoscopie.

Le cathétérisme peut être fait avec une sonde molle ou avec une sonde métallique ; c'est un procédé qui ne donne que peu d'indications et provoque des hémorragies sérieuses ; il renseigne simplement sur l'état de plénitude de la vessie et sur la qualité de l'hématurie.

Le toucher rectal combiné à la palpation abdominale est d'une grande utilité dans beaucoup de cas ; il ne peut être pratiqué qu'à condition que la vessie ait été vidée au préalable par le cathétérisme ; il ne peut que nous affirmer

qu'il existe un corps étranger dans la vessie, en même temps nous donne la sensation d'épaisseur et de souplesse de la paroi vésicale.

En face de tous ces moyens, la cystoscopie viendra nous apporter son précieux appui; elle nous renseignera sur la présence ou l'absence de la tumeur, sur son siège, son volume, et nous permettra en même temps de nous assurer de l'intégrité du rein par le cathétérisme urétéral. Nous ne donnerons pas ici la description des appareils employés, nous rappellerons seulement que, depuis longtemps, le cystoscope a aidé dans les recherches, puisque Grünefeld, en 1876, avec son endoscope à lumière externe, avait donné une description des orifices urétéraux. Ces appareils ont été très modifiés depuis, et actuellement on possède un cystoscope à prisme et à lumière interne qui donne un champ visuel suffisant pour l'examen d'une vessie au préalable remplie d'eau. Son emploi nécessite quand même un apprentissage de longue durée si l'on ne veut pas commettre les plus graves erreurs. Son emploi a été d'une grande utilité, et l'on a pu dire à juste titre que la cystoscopie a été pour les tumeurs de la vessie un progrès comparable à l'ophtalmoscopie pour l'examen du fond d'œil.

*Examen du rein.* — Si la tumeur détermine des lésions rénales, la palpation de cet organe nous renseignera à ce sujet; lésions rénales qui peuvent passer inaperçues ou presque, s'il ne s'agit que de dilatation légère; dans ce cas, il est alors impossible de sentir le rein s'il n'est pas augmenté de volume; le rein perceptible et douloureux à la palpation est un signe qui n'aura évidemment une grande valeur que si l'on est à une période déjà avancée de la néoplasie, car l'hydronéphrose au début ne peut guère être diagnostiquée que par le cathétérisme des uretères.

## CHAPITRE III

---

### Diagnostic

---

Nous avons vu précédemment que les tumeurs implantées dans le voisinage de l'uretère peuvent évoluer comme des néoplasmes vésicaux des autres parties de la vessie, ou bien déterminer du côté des reins ou de l'uretère des phénomènes graves. Cette considération nous servira pour en faire le diagnostic.

Nous envisagerons d'abord le cas où elles évoluent sans phénomènes rénaux :

a) *L'hématurie est le seul symptôme*, en présence de cette hématurie, le clinicien doit passer en revue les diverses causes des hématuries urétrales, prostatiques, vésicales et rénales. Dans bien des cas, cette hématurie, à elle seule, pourra faire le diagnostic, mais il en est d'autres où il n'en sera pas ainsi. En face d'une telle hématurie, nous nous demanderons quel est l'organe qui peut bien saigner. Dans ce cas, les signes que nous pourrions tirer de l'examen des urines n'ont qu'une bien médiocre valeur, car, quelle que soit la variété de l'hématurie, la coloration des urines mé-

langées de sang peut être uniforme, variant du rose pâle au brun foncé, suivant la quantité de sang répandu dans le mélange.

Si nous passons en revue : 1° l'urétrorrogie qui, si elle est antérieure, nous montrera que le sang s'écoule du méat d'une façon continue et même en dehors des mictions; si elle est postérieure, c'est-à-dire en arrière du sphincter membraneux, le sang s'accumulera dans la vessie et en sera expulsé au moment des mictions et au premier jet; 2° l'hématurie prostatique, due le plus souvent, soit à l'hypertrophie, soit aux tumeurs, se fera au commencement de la miction; on pourra, dans quelques cas, trouver un caillot moulé sur l'urètre; 3° le toucher rectal nous révélera une induration caractéristique s'il s'agit d'une tumeur.

L'hématurie rénale peut être due à la tuberculose, à la lithiase rénale, aux tumeurs, même aux néphrites hémorragiques. Nous éliminerons rapidement ces quatre causes. La forme du caillot, grêle et allongé, moulé sur l'uretère que nous pourrions trouver, peut nous fournir des renseignements.

Dans la tuberculose, le rein est gros et douloureux, l'hématurie rénale est précoce; l'inoculation des urines au cobaye tranchera la question.

Dans la lithiase, la douleur provoquée par le déplacement du calcul sous l'influence de la fatigue, la radiographie également nous donneront des renseignements suffisants; quant aux tumeurs, nous rechercherons le varicocèle symptomatique. L'examen microscopique des urines nous montrera également des globules de sang agglomérés dans les tubes urinifères et qui, en s'en détachant, emportent avec eux l'épithélium de ces tubes.

En éliminant successivement ces diverses hématuries, nous arriverons à l'hématurie d'origine vésicale, qui pourra être produite par la lithiase, soit par la tuberculose, soit par une cystite quelconque. L'hématurie calculeuse n'est jamais spontanée; elle est produite par une marche ou une course en voiture; elle cesse par le repos. Les calculs vésicaux sont mis en évidence par l'explorateur métallique; dans la tuberculose, l'état général du sujet nous donnera des renseignements. Enfin, nous aurons recours au cystoscope pour poser notre diagnostic.

Il peut arriver que la tumeur ne se manifeste que par des fréquences de la miction et que l'hématurie n'existe pas ou presque pas. Si, dans ce cas, les urines sont claires, cette fréquence de la miction n'est pas causée par de la cystite, elle peut être sous l'influence d'une maladie nerveuse, soit encore sous l'influence d'un rétrécissement de l'urètre, soit aussi sous celle de l'hypertrophie de la prostate qui donne généralement comme symptômes une fréquence des mictions nocturnes : le toucher rectal nous révélera cette hypertrophie si elle existe. La présence d'un calcul dans la vessie produit souvent une fréquence des mictions qui n'offre pas les mêmes caractères que la fréquence causée par les néoplasmes, elle est calmée par le repos et augmentée par la fatigue. Il est facile de voir que dans tous ces cas le diagnostic de tumeur vésicale s'imposera nettement, car l'examen fait au cystoscope donnera les renseignements qui auraient pu nous échapper, si nous nous contentions simplement de l'observation de ces signes fonctionnels.

Voyons maintenant quel diagnostic différentiel nous pouvons faire, si nous envisageons l'hématurie en même

temps que les troubles rénaux susceptibles d'être provoqués par la néoplasie de la zone urétérale.

a) *Il y a des douleurs lombaires et de l'hématurie.* — Si le malade est ancien arthritique, s'il est issu d'une race gouteuse, s'il a émis précédemment du sable urique, nous penserons que nous sommes en présence d'un calcul rénal; la douleur que présentera le malade s'accroîtra par la fatigue et le mouvement, l'hématurie sera brusque. La radiographie et la cystoscopie nous fourniront des renseignements précieux; en effet, au moyen du cystoscope, nous pourrions voir si le sang s'écoule de l'uretère ou s'il est dans la vessie.

b) *Il y a de l'hématurie et un gros rein.* — La cystoscopie nous indiquera l'origine de l'hématurie; l'examen du rein nous fera éliminer le gros rein bosselé des tumeurs rénales; le cathétérisme urétéral nous permettra d'examiner le liquide retiré du rein. Nous pourrions, par ce moyen, voir si nous sommes en présence d'une hydronéphrose.

Comme nous le voyons, il découle de ces divers diagnostics différentiels que l'on peut faire, que nous ne serons pas autorisés à porter un diagnostic précis tant que la cystoscopie ne nous aura pas bien montré que c'est la vessie qui est en cause et non le rein.

---

## CHAPITRE IV

---

### Traitement

---

Comme nous venons de le voir dans les chapitres précédents, nous sommes là, en présence d'une catégorie de tumeurs dangereuses à cause de la gravité des complications rénales qu'elles provoquent; elles peuvent entraîner une mort brusque sans que la tumeur ait eu le temps de se développer.

Certains auteurs prétendent, à tort ou à raison, que les indications opératoires doivent être de plus en plus restreintes, et cela en effet s'il s'agit de tumeurs vésicales en général; mais dans le cas qui nous occupe, il faut intervenir pour mettre le malade à l'abri de toutes les complications rénales que nous avons décrites précédemment. Le devoir du chirurgien sera donc de faire un diagnostic précoce pour empêcher ces néoplasmes de se développer et de tenter ainsi par tous les moyens thérapeutiques dont il dispose de juguler leurs méfaits tardifs.

Le traitement que nous allons indiquer plus loin découle naturellement de la classification anatomo-pathologique

que nous avons faite de ces tumeurs pédiculées et sessiles d'une part, et infiltrées d'autre part.

La règle principale établie par Clado est de faire une opération large, complète et aseptique. Deux voies s'ouvrent au chirurgien pour aborder la vessie :

1° La taille hypogastrique ;

2° La voie naturelle.

*Technique opératoire de la taille hypogastrique.* — Le malade est placé dans la position de Trendelenburg, le lavage de la vessie est ensuite pratiquée. Le chirurgien emploiera ou la taille hypogastrique extrapéritonéale ou la taille hypogastrique intrapéritonéale ; la première technique a été très bien fixée par Albarran, c'est la voie de choix pour les affections de la base et de la face intérieure.

La cystotomie est d'abord pratiquée, puis la tumeur est reconnue, ses rapports avec la paroi vésicale étudiés ; saisie avec une pince, attirée au dehors et avec le bistouri, on circonscrit la base d'implantation. Si l'on a à faire à une tumeur bénigne, l'incision ne dépasse pas en profondeur la muqueuse qui, seule, est réséquée. On pratiquera ensuite la fermeture de la vessie. Comme le dit Cathelin, on pourra dans l'excision de la tumeur remplacer le bistouri par l'anse galvanique, la curette ou le thermocautère.

En 1914, à la société de chirurgie de Lyon, M. le professeur Bérard montre, à propos d'un cas de cystectomie partielle transpéritonéale exposée par M. Tavernier, que la voie d'accès transpéritonéale a été rejetée pour les tumeurs du plancher vésical et de l'embouchure des uretères.

Si l'on doit intervenir sur une tumeur infiltrée de la paroi vésicale avoisinant l'orifice urétéral, la technique opératoire sera toujours la même ; nous croyons bon d'indiquer ici le procédé adopté par M. le professeur Rochet qui permet d'enlever les tumeurs les plus étendues quelle que soit leur base d'implantation. Nous verrons plus loin comment les chirurgiens se conduisent vis-à-vis de l'uretère réséqué.

Nous empruntons la description de cette technique à un article de M. le professeur agrégé Thévenot.

« Pour avoir sur la vessie un jour suffisant, dit-il, M. Rochet fait une incision transversale de Pfannenstiel, intéressant la peau et l'aponévrose des droits. Les deux lèvres de l'aponévrose sont réclinées en haut et en bas, les droits écartés, et l'on a ainsi sur la paroi antérieure de la vessie tout le jour désirable. La paroi antérieure est libérée sur toute son étendue. Puis la face postérieure de la vessie est séparée du péritoine qui la recouvre. Ce feuillet contracte des adhérences un peu serrées avec le muscle vésical mais il est toujours possible de l'en séparer par une dissection soignée.

« Plus bas, le décollement se pratique sans encombre jusqu'à la base de la vessie. Cette dernière peut être alors attirée au dehors. Fixée au niveau de sa face inférieure, elle est également maintenue à droite et à gauche par les artères et les veines issues des vaisseaux ombilicaux, et qui, engagées dans un tissu conjonctif dense, paraissent constituer de chaque côté une sorte de ligament. Suivant l'étendue de la tumeur et avant l'ouverture de la vessie, il pourra être nécessaire de réséquer l'une ou l'autre de ces lames vasculaires latérales. »

« Le chirurgien, ayant ainsi la vessie bien en main, la cystectomie peut être faite de dehors en dedans sans aucun danger, sur une étendue aussi large que le demandera la lésion et la nature des tranches de section vésicale sera facilitée notablement par cette mobilisation de la vessie, qu'on tient littéralement entre le pouce et les doigts.

« Un tel procédé a l'avantage de donner un jour considérable et de faciliter l'acte opératoire. Mais il pourrait comporter un danger dont il importe d'être prévenu. Il a créé autour de la vessie un décollement étendu, et si de l'urine venait à filtrer entre les points de suture, malgré la mise en place d'une sonde à demeure, on pourrait observer un sphacèle assez marqué de tout le tissu conjonctif avoisinant. Il est donc prudent de ne refermer que partiellement les divers plans de la paroi abdominale, et d'assurer un drainage soigné des régions pré et rétro-vésicales. L'infection du tissu cellulaire ne déterminera alors que des accidents locaux, sans décollement fusant dans l'épaisseur de la paroi ou du côté du bassin; alors que les portions sphacélées se seront éliminées, le bourgeonnement de la plaie en amènera assez vite la cicatrisation.

« En agissant de la sorte à ciel ouvert, on peut dépasser largement l'implantation des néoplasmes, sans s'inquiéter du péritoine, et espérer mettre le malade à l'abri d'une récurrence, surtout dans ces lésions de malignité douteuse que sont les papillomes vésicaux. Nous ne voyons qu'une contre-indication au procédé employé, c'est l'envahissement du revêtement péritonéal; mais alors, on s'en aperçoit pendant le décollement, et on entre alors systématiquement dans le péritoine, quitte à le refermer plus tard en un feuillet indépendant de la vessie. »

La méthode par la voie naturelle s'adresse aux petites tumeurs, et principalement aux papillomes, surtout aux tumeurs pédiculées à implantation étroite. Fréquemment, dans cette méthode, il existe des contre-indications formelles : à savoir : la cystite intense, la capacité vésicale réduite, la tendance aux hémorragies et à la distension.

Un grand nombre de chirurgiens, surtout dans ces derniers temps, ont donné la préférence au traitement électrique, employé sous différentes formes, méthode d'ailleurs qui ne semble donner des résultats qu'au cas où l'on a affaire à une tumeur bénigne et pédiculée. Nous rappellerons seulement ici, pour mémoire, le nom des principales méthodes employées jusqu'à ce jour : Méthode de Heitz-Boyer-Cottenot (courant de haute fréquence); méthode par l'électro-coagulation (Marion-Legueu). Nous ne discuterons pas non plus de leur valeur respective ni des cas dans lesquels on doit les employer, et pour la technique opératoire, nous renvoyons à la thèse de Roques.

Il est bien évident, toutefois, que le chirurgien aura tout intérêt à commencer le traitement par la voie endovésicale, s'il intervient précocement et si le diagnostic de tumeur bénigne est soupçonné, pour conserver la taille hypogastrique s'il est obligé d'intervenir plus tard pour récidive.

#### *Traitement de l'uretère réséqué.*

Dans tous les cas de cystectomie partielle pour tumeur infiltrée de la zone urétérale, il faudra pratiquer la résection de l'uretère; l'uretère étant sectionné, il faut penser à l'aboucher de nouveau à la vessie. De nombreux chirurgiens ont pratiqué cette opération et ont obtenu de bons résultats. Plusieurs méthodes ont été employées :

1° *Méthode d'Albarran*, qui consiste à faire le cathétérisme de l'uretère et à réséquer le point d'implantation du néoplasme; quand la surface à réséquer est bien séparée du reste de la vessie, on disséquera avec le doigt l'uretère sur une étendue de 5 à 6 cm. du tissu voisin. Puis on suture la partie inférieure de la plaie vésicale et on fait passer l'uretère à travers la partie supérieure de la plaie de façon à amener son orifice dans la plaie vésicale où il est situé.

2° *Méthode de Clado*, qui consiste à dégager l'uretère et à y introduire une sonde. On pratique de chaque côté une incision qui dégage ce conduit latéralement sans l'intéresser; une pince serre à la fois la sonde et l'uretère, on dissèque l'uretère aussi loin que cela est nécessaire au delà de l'orifice vésical qui lui donnait passage, de façon à le dégager; on procède alors à la résection de la vessie. On fixe l'extrémité inférieure de l'uretère après l'avoir fendu dans la ligne de suture.

3° *Méthode de Rafin*, qui consiste à piquer de dedans en dehors et de part en part la paroi vésicale, de façon à pratiquer une boutonnière de 8 à 10 millm. de large, une pince à repérer, introduite de dedans en dehors à travers cette ouverture saisit l'extrémité inférieure de l'uretère et l'attire dans la vessie à travers la boutonnière; quelques points de catgut assurent la coaptation. Des points placés en dehors de façon à retenir l'uretère et à éviter tout tiraillement, complètent la manœuvre.

Ces différentes techniques opératoires sont basées sur les expériences anciennes de Paoli et de Busachi, qui avaient réussi à greffer sur des chiens les uretères dans la vessie et à conserver les animaux en parfaite santé. C'est

Lannelongue, de Bordeaux, qui fit la première tentative sur l'homme, en 1885.

Le nouvel orifice urétéral ainsi créé ne subit aucune rétraction cicatricielle. Quelques auteurs conseillent quand même d'y laisser une sonde à demeure.

Voici d'ailleurs ce que nous dit Pasteau à ce sujet : « Dans ce cas, il ne se produit aucun incident; l'orifice se reforme spontanément, ce que permet de constater un contrôle cystoscopique ultérieur; il n'y a donc pas lieu de se préoccuper de l'uretère lorsque la tumeur n'est pas infiltrée; la seule précaution à prendre sera d'éviter la ligature de l'uretère en passant les fils. »

La réimplantation de l'uretère à la vessie est donc le procédé de choix; cependant, si l'on ne peut faire cette réimplantation, il faut chercher à faire l'abouchement ailleurs. MM. Guyon et Albarran ont pensé à faire une ligature complète de l'uretère sectionnée et à l'abandonner dans l'abdomen, tout en fixant son extrémité près de la plaie extérieure. Les expériences pratiquées par eux sur des chiens ont montré que lorsque le liquide qui s'écoule de l'uretère est clair, et lorsque le rein ne paraît pas infecté, cette opération a été couronnée de succès; dans le cas contraire, il ne faut pas y songer; on doit alors essayer d'aboucher l'uretère à la peau.

La dérivation du cours de l'urine a été tentée de façons multiples. Petrow a fait l'implantation dans l'intestin qui, d'ailleurs, a donné lieu à de trop rapides infections mortelles pour être indiquée.

Verhoogen propose l'urétérostomie. Watson indique l'anastomose dans le vagin ou dans l'intestin, ou la fixation de l'uretère à la plaie abdominale.

Sonnenburg, en 1882, tentait l'abouchement à l'urètre.

Pauwlick, en 1889, l'abouche au vagin. Tuffier conseille de faire l'anastomose à l'S iliaque, soit par suture, soit par le bouton de Boari ou de Chalot.

Ce qui nous paraît préférable encore, c'est de faire la dérivation de l'urine par l'urétérostomie ; les auteurs pratiquent le méat cutané à deux ou trois travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieur, l'uretère n'est pas fixé à la peau, mais dépasse librement de quelques centimètres, la plaie cutanée ; cette portion ne tarde pas à se sphacéler, mais des adhérences se sont produites. Le nouveau méat n'est pas sujet à des rétrécissements causés par l'infection des sutures, et l'appareil collecteur d'urine est facilement-supporté par le malade.

*Résultats.* — L'ablation des tumeurs bénignes de la zone urétérale donne une mortalité faible ; il y a guérison le plus souvent, ou survie notable dans la plupart des cas ; la mortalité peut être imputable aux mauvaises conditions opératoires ou à l'état particulier d'anémie grave du malade ; les résultats immédiats sont donc appréciables.

Les résultats éloignés sont beaucoup moins favorables et malheureusement la récurrence trop fréquente : on l'évalue à environ la moitié des cas.

L'exérèse de cette zone urétérale de la vessie, avec résection de l'uretère, rend la gravité de l'acte opératoire bien plus grand que pour les néoplasmes vésicaux situés en d'autres points de la vessie, car il semble bien que si l'on a à s'occuper de l'uretère, on ne peut faire une exérèse large ; mais néanmoins, nous croyons que dans l'intérêt du malade, il faut intervenir radicalement dans ces cas.

---

# OBSERVATIONS

---

## OBSERVATION I ( inédite )

Due à l'obligeance

de M. le professeur ROCHET et à M. le professeur agrégé THÉVENOT.

### *Epithélioma dans les environs de l'uretère gauche.*

R... Jean, 41 ans, employé, né à Mérignat (Ain), entré à la clinique d'urologie de M. le professeur Rochet, le 10 novembre 1920.

*Antécédents.* — Bonne santé habituelle, nie la blennorragie et la spécificité. L'affection actuelle a débuté en décembre 1918 par une hématurie qui a duré trois jours; l'hématurie se serait renouvelée depuis à plusieurs reprises. Le malade fut envoyé à l'hôpital où, dit-il, l'inoculation au cobaye fut négative et la radioscopie ne donna aucun renseignement. Le malade reconnaît avoir eu à plusieurs reprises un dépôt sablonneux dans ses urines, dépôt qu'il compare pour l'aspect et la dureté à du sel.

Les hématuries paraîtraient nettement influencées par le travail et le repos; elles sont normales, abondantes, avec caillots. Le malade ne souffre pas. Mictions nocturnes fréquentes, 6 à 7 fois.

*Examen.* — Organes génitaux externes: rien.

Urines: mictions faciles 50 grammes d'urine très pâle, contenant du pus, un peu de sang et laissant déposer quelques caillots. Sondage facile, pas de rétrécissements. Capacité vésicale 200 grammes. Pour obtenir la restitution des 200 grammes injectés on est obligé d'enfoncer la sonde profondément d'une manière tout à fait anormale. Le liquide revient teinté de sang.

Reins: imperceptibles, rien à noter.

Toucher rectal donne: prostate normale.

Le bas-fond vésical donne la sensation que la vessie n'a pas été entièrement vidée et tombe un peu. Il est possible qu'il soit resté

un peu d'eau dans la vessie car les caillots gênent le sondage et la miction.

*14 novembre.* — Sonde à demeure qui calme l'hématurie, elle se bouche le 16 et, le 17 au matin, on trouve une vessie distendue remplie de caillots qu'on est obligé de vider avec la grosse sonde métallique. Etat d'anémie assez prolongé, température à grandes oscillations: 38°-39°.

*20 novembre.* — Intervention de M. le professeur Rochet: cystotomie. On trouve une vessie pleine de caillots et après les avoir évacués, on constate la présence d'une tumeur étendue, végétante, en chou-fleur, sessile, fixée à la paroi vésicale aux environs de l'uretère gauche par une large base d'implantation. La muqueuse est mobile au-dessous d'elle, il n'y a pas d'infiltration de la paroi. Après curettage et section du pédicule, on suture les lèvres de la muqueuse, celle-ci apparaît lisse et normale sur toute la surface vésicale. Mise en place de deux gros drains.

L'après-midi, malgré une injection de sérum sous-cutanée de 800 grammes, état grave avec 160 au poulx, sueurs abondantes, température 40°7, respiration superficielle et précipitée, pâleur extrême avec décoloration des lèvres. Traitement par huile camphrée, sérum, adrénaline intraveineux, oxygène.

*1<sup>er</sup> décembre.* — L'état d'anémie aiguë post-opératoire a cessé au bout de deux jours et l'état du malade s'améliore peu à peu; il reprend des couleurs, son poulx est plus tranquille et mieux frappé. Mais on note une escarre sacrée assez vaste, large comme la paume de la main (elle serait due au glissement malheureux d'un cataplasme sinapisé?) On y applique un pansement au leucoplaste.

*15 décembre.* — Le malade va bien, la plaie est en très bon état et se referme peu à peu, lavages quotidiens par le canal, l'escarre s'améliore et commence à bourgeonner. L'état général est bon et le malade mange bien.

*31 décembre.* — L'état local et général s'améliore, le malade se plaint de douleurs vives dans les membres inférieurs surtout au niveau des adducteurs.

*4 février 1921.* — L'exploration au Thomson, de M. le professeur Rochet, ne donne pas la sensation de calcul et ne fait pas saigner. Urines très troubles, après filtration disque d'albumine très net.

Le malade sort du service le 19 mars 1921.

L'opéré a donné de ses nouvelles par deux fois. Une première fois un an environ après l'opération; une seconde fois, il y a quelques mois seulement, c'est-à-dire près de dix-huit mois après l'opération. Elles sont excellentes, le malade n'a pas revu de sang et n'accuse aucun phénomène lié à de l'infection vésicale ni à de la cystite.

L'examen histologique de la pièce a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

## OBSERVATION II (inédite)

(due à l'obligeance de MM. les professeurs ROCHET et THÉVENOT)

*Epithélioma avoisinant l'orifice urétéral gauche.*

*Résection de l'uretère.*

G... Joseph, 37 ans, cultivateur, né à Paris, entre à la clinique d'urologie de M. le professeur Rochet, le 4 janvier 1922.

Le malade entre pour des hématuries très abondantes, datant de quatre mois environ.

*Antécédents héréditaires.* — Père atteint de calculs vésicaux, mort, à 63 ans, de pyélonéphrite. Mère morte jeune d'un refroidissement. Un frère mort du croup, deux sœurs mortes: l'une de suites de couches; l'autre, d'affection inconnue. Aucun autre parent.

*Antécédents personnels.* — Etant tout enfant, le malade eut une adénite cervicale légère qui suppura quelque temps et se cicatrisa d'elle-même, le malade ayant été envoyé à la campagne.

A l'âge de 5 ans, il présenta une tuméfaction du volume d'un gros œuf au niveau de la malléole externe du pied droit; il semble s'agir ici d'une synovite des tendons péroniers; cette collection suppure quelque temps et se cicatrise sans aucune intervention.

Erysipèle à l'âge de 10 ans.

Typhoïde à l'âge de 21 ans, durant le service militaire. Mobilisé au début de la guerre, n'a jamais été évacué. Il n'a fait que quelques bronchites légères n'ayant jamais nécessité d'hospitalisation. Aucune blessure grave.

L'affection actuelle remonte au mois d'août 1921; à ce moment, sans causes apparentes, le malade commença à uriner du sang; ces hématuries étaient peu fréquentes dès le début (1 ou deux fois par semaine) et uniquement à la fin de la miction. C'est surtout

depuis un mois que les hématuries sont continuelles, totales, et très abondantes (le malade urine du sang presque pur à chaque miction).

Actuellement l'hématurie survient surtout au début de la miction; le malade évacue d'abord quelques caillots, puis l'urine se clarifie de plus en plus.

Il ne s'ajoute ni pollakiurie, ni douleurs à la miction. Ces hémorragies ont mis le malade dans un état de grande anémie. L'examen clinique ne révèle aucun point douloureux lombaire, ni vésical.

La cystoscopie pratiquée par M. le professeur agrégé Thévenot fait percevoir une masse polypeuse que l'on situe sur la paroi latérale gauche de la vessie et dont le volume est celui d'une mandarine. Cette tumeur fait nettement saillie sur le plan vésical.

Le toucher rectal (Professeur Rochet) permet de sentir la tuméfaction vésicale. Devant l'état d'anémie et la persistance des hématuries, l'intervention hâtive s'impose.

*Le 7 janvier 1922.* — L'intervention est pratiquée par MM. Rochet et Thévenot. Après incision vésicale, on perçoit une masse néoplasique, sessile, accolée contre la paroi vésicale et qui était implantée autour de l'orifice urétéral gauche et poussait des prolongements jusque sur le pourtour de l'orifice uréthro-vésical, qu'on fut obligé de réséquer du côté gauche après avoir enlevé la masse périurétérale principale et avoir constaté le prolongement du côté de la vessie basse. Après avoir cherché à extérioriser la tumeur par le toucher rectal, on sectionne la muqueuse sur le pourtour de la base d'implantation de la tumeur que l'on extirpe. Suture des bords opposés de la perte de substance créée par l'exérèse; on parvient ainsi à reconstituer une cavité close ouverte seulement dans l'étendue d'une pièce de un franc environ; cet hiatus correspondant à l'uretère réséqué pendant la cystectomie partielle et dont on ne recherche pas le bout supérieur. Les manœuvres ayant déjà été longues l'opérateur pensa que ce bout, même s'il était trouvé ne serait pas facile à amener à la peau.

Drainage au tube de Freyer, deux mèches, pansement. Le malade, qui est très anémié, reçoit de l'huile camphrée et du sérum sous-cutané (400 cm<sup>3</sup>).

*24 janvier.* — Depuis quelques jours le malade souffre de son testicule droit. Une orchite s'est développée, elle rétrocede en huit à dix jours par le simple repos.

30 janvier. — Le malade a souffert du testicule gauche, puis du testicule droit. L'état général paraît meilleur, localement la plaie paraît assez atone. On lave le malade avec la sonde métallique, on déterge sa plaie.

4 février. — On passe aujourd'hui une sonde de Nélaton sans difficulté, la plaie paraît en bonne voie de cicatrisation. Par le toucher rectal on ne sent rien d'anormal à la place de l'ancienne tumeur.

23 février. — Depuis trois jours le malade se plaint de douleurs à la racine des deux cuisses ; douleurs exagérées par la pression localisée à la région obturatrice et sur les adducteurs. Peut-être s'agit-il d'une infiltration d'urine, fusant dans la gaine des adducteurs et dans la région obturatrice.

4 mars. — Les douleurs paraissent se calmer, mais le malade se plaint d'un point de côté survenu au niveau de l'aisselle droite. L'auscultation montre une matité de trois travers de doigts à la partie postérieure de l'aisselle ; souffle : égophonie. Le malade a des crachats muco-purulents, très adhérents. On y trouve des diplocoques encapsulés, pas de bacilles de Koch.

5 mars. — Le souffle s'entend sur toute la hauteur du lobe inférieur et longe la scissure cers l'aisselle où on le perd ; son timbre est creux et sa tonalité plutôt basse. Le long de la scissure, au niveau du dos, on entend un foyer de râles gargouillants et humides ; l'expectoration est périodique, les crachats purulents et mummulaire n'ont plus l'adhérence gommeuse qu'ils avaient le premier jour de la maladie.

9 mars. — Les signes remontent jusqu'à l'épine et à l'aisselle, ils atteignent la ligne axillaire ; matité dans le 13 supérieur du lobe inférieur et submatité en bas. Exagération des vibrations au niveau du 1/3 supérieur. Souffle creux.

A la base, souffle plus voilé ; pectoriloquie aphone et égophonie. Pas de bacilles de Koch, nombreux pneumocoques.

13 mars. — Disparition des signes, plus de râles humides, quelques râles fins ; la respiration s'étend partout.

1<sup>er</sup> avril. — Le malade continue à se plaindre de douleurs au niveau de la cuisse et de sa plaie. Localement la plaie paraît se déterger, et bourgeonner mais peu activement ; elle est plus propre mais reste peu vivace. De plus on perçoit une infiltration très suspecte du pourtour de la plaie. L'état général reste toujours très fragile.

Le malade sort du service le 10 avril. Il meurt peu de jours après son arrivée dans sa famille.

### OBSERVATION III ( inédite )

(due à l'obligeance de MM. les professeurs ROCHET et THÉVENOT)

#### *Tumeur de l'orifice urétéral gauche. — Résection de l'uretère.*

W... Henri, 58 ans, employé en soierie, entre le 5 mai 1921.

Début il y a quatre ans par hématurie et douleur à la miction, un peu de sable et de pus dans l'urine. Pas de blennorrhagie dans l'enfance, nie la spécificité.

*Actuellement.* — Le malade urine trois ou quatre fois la nuit, le jour toutes les deux heures, douleur avant et après la miction, il se plaint de pousser beaucoup pour uriner au point d'aller à la selle en même temps. Hématuries de temps à autre, qui au dire du malade ne seraient pas en rapport avec la marche et les exercices plus violents. Douleur dans les reins exaspérés par la marche depuis deux mois, pas de sable dans les urines ; le malade a consulté un médecin qui lui a prescrit un lavage à l'oxycyanure de mercure qu'il a pratiqué depuis trois mois, à 2 % par semaine ; ce traitement n'a rien donné.

L'examen fournit les résultats suivants :

Au toucher : prostate normale, plancher vésical souple, résidus vésicaux insignifiants, rien à l'exploration métallique.

Urines troubles, pus et albumine légère.

*Le 8 mai.* — Le malade après avoir uriné on retire de la vessie 125 cm<sup>3</sup> en appuyant dans tous les sens sur la vessie qui donne une impression de laxité et d'atonie. Urines purulentes et odorantes. Réflexes normaux, pas de tabès. Palpation rénale douloureuse et déterminant une réaction de défense de la paroi ; le malade se rappelle avoir souffert de douleurs lombaires qui jamais n'auraient le caractère de coliques néphrétiques.

*Le 11 mai.* — *Cystoscopie* : Les urines ont une odeur de macération de débris épithéliaux caractéristique. Au cystoscope on voit un champ occupant la moitié droite de la vision cystoscopique, ce champ est constitué par une muqueuse blanchâtre. Sur la partie gauche une masse rouge sombre et acuminée qui semble envoyer des prolongements dans la partie semi-lunaire inférieure correspondant à l'ombre du col. De plus, en retirant le cystoscope,

On voit apparaître dans la partie droite et tranchant nettement sur le fond blanc signalé plus haut, une sorte de champignon de même aspect et de même couleur que la précédente tumeur. On ne fait pas d'autres recherches à cause de la saleté du bas-fond vésical ; mais il est certain que l'on trouverait de nombreuses tumeurs en de nombreuses places de la vessie. Au Tomson, on a la sensation en tournant l'appareil d'arracher quelques masses bourgeonnantes et qui saignent facilement. Le malade sort le 12 mai.

*Le 12 avril 1921.* — Le malade rentre dans le service. Cathétérisme avec explorateur métallique, la sonde ne pénètre qu'en inclinant son bec du côté droit.

*Toucher rectal :* Pas d'hypertrophie de la prostate. La face postérieure de la vessie est indurée.

*25 avril.* — Orchite droite ; température : 39°4.

*29 avril.* — Intervention. Cystectomie partielle, de M. le professeur Rochet.

Anesthésie générale. La vessie une fois ouverte montre une tumeur framboisée, grosse comme une mandarine, siégeant près de l'orifice urétéral gauche et se propageant dans l'urètre par l'orifice uréthro-vésical ; partout ailleurs la muqueuse vésicale est normale et souple, nulle part il n'y a de péricystite. On commence par libérer la face gauche de la vessie après avoir isolé et repéré l'uretère et le canal déférent gauche. On reprend ensuite la section vésicale près de l'orifice urétéral qu'on curette, on termine en coupant l'uretère au niveau de l'orifice urétéral gauche ; l'uretère est cathétérisé et abouché à la peau ; deux drains et une mèche dans la vessie nouvelle constituée par l'ancienne face droite et le dôme vésical. Durée de l'intervention : deux heures et demie. Hémorragie abondante ; sérum, huile camphrée.

*1<sup>er</sup> mai.* — Anémie prononcée, état général choqué ; température : 40°.

*2 mai.* — Le malade meurt ce jour à midi.

#### OBSERVATION IV ( inédite )

(due à l'obligeance de MM. les professeurs ROCHET et THÉVENOT)

##### *Polype de l'orifice urétéral droit. — Étincelage.*

D... Charles, 57 ans, entre dans le service de M. le professeur Rochet le 29 août 1921.

Entre pour hématuries. Un frère mort, quatre autres bien portants. Variole à 16 ans, un petit chancre à 26 ans, guéri rapidement par piqûres de mercure sans accidents secondaires. Quatre ans de service militaire, non mobilisé pendant la guerre.

L'affection actuelle débute il y a un an et demi par des hématuries sans causes apparentes, hématuries à la fois initiale et terminale peu abondante au début. Le malade souffrait un peu de la région lombaire, par intermittence, sans avoir toutefois remarqué la coïncidence entre ces douleurs et les hématuries qui étaient indolores. Alternatives d'hématuries durant trois ou quatre jours ; la dernière crise d'hématurie a duré une quinzaine de jours. De temps en temps le malade urinait des caillots occasionnant un peu de douleur au passage.

*Le 3 septembre 1921.* — A l'examen bon état général, pas d'amaigrissement notable, urines troubles déposant un peu, légèrement foncées, petit disque d'albumine.

*Examen des organes génitaux externes :* Normaux. Prostate normale.

Reins non douloureux ni perceptibles à la palpation. Autres appareils, rien à signaler.

*11 septembre 1921.* — Cystoscopie. Polype au-dessous de l'orifice urétéral droit du volume d'une grosse cerise.

Le traitement en a été l'étincelage, fait par M. le professeur agrégé Thévenot.

*14 septembre 1921.* — Cystoscopie. Le polype a diminué de volume.

Le malade est sorti du service complètement guéri.

OBSERVATION V ( inédite )

(due à l'obligeance de MM. les professeurs ROCHET et TRÉVENOT)

*Epithélioma du plancher vésical avec grosses proliférations  
autour de l'orifice urétéral droit.*

D... Luc, 44 ans, employé, entre le 14 septembre 1907.

Il entre à l'hôpital par ce qu'il pisse du sang. Depuis deux ans il présente un syndrome net de tumeur vésicale ; il pisse du sang mais il ne fait pas de caillots ; chaque fois qu'il urine il émet des urines absolument rouges. A son entrée à l'hôpital il est exsangue. L'examen ne révèle pas de calcul et pas de rétrécissement.

Au toucher rectal on trouve que la prostate a le lobe droit facilement délimitable mais sans dureté.

*Le 18 septembre 1907.* — Intervention de M. le professeur Rochet.

On fait une taille sus-pubienne. La vessie est fixée à la paroi par trois fils de soie. On trouve une tumeur sur le plancher près de l'orifice uréthro-vésical ; il y a également une tumeur assez grosse près de l'orifice de l'uretère droit. Ces tumeurs s'enlèvent facilement à la curette ; le tissu vésical est sain au-dessous. On met une mèche dans le dôme vésical, une autre dans l'espace pré-vésical et deux drains en canon de fusil dans la vessie.

*25 septembre 1907.* — Le malade meurt.

Le diagnostic histologique de la tumeur était celui d'épithélioma ectodermique avec formations papillomateuses très exubérantes.

A noter que ce malade est entré à l'hôpital avec une température de 39°4 qui s'est toujours accrue jusqu'à son décès.

OBSERVATION DE LEGUEU (thèse de Ricard Pomarède)

*Résection d'une partie étendue de toute la paroi  
vésicale dans la zone urétérale. — Urétéro-cysto-néostomie*

M... F..., 61 ans, vient me consulter le 21 avril 1914 pour des hématuries à répétition qu'il présente depuis quelques mois. Ces hématuries sont de caractère terminal, se produisent sans autres symptômes, de préférence le jour, toutes les trois ou quatre semaines, durent un ou deux jours et disparaissent sans laisser

de trace. L'état général est bon, mais il y a un peu d'amaigrissement ; pas de fréquence à la miction, pas de douleurs.

A l'examen on constate une augmentation de volume du rein droit qui me laisse supposer un néoplasme de ce côté.

Prostate pas augmentée de volume, vessie pas sensible. L'examen cystoscopique montre en bas et à droite une tumeur prolongée correspondant à la zone urétérale. La tumeur semble avoir un pédicule large et une implantation relativement étendue et je conserve des doutes sur sa nature bénigne.

L'opération proposée est décidée et le malade est opéré le 12 mai 1914 dans ma maison de santé.

Sous le chloroforme la vessie est ouverte, la tumeur siège en effet en bas et à droite, elle correspond au niveau de l'orifice urétéral, elle a le volume d'une grosse noix, est frangée et villeuse à sa surface ; son implantation est large et légèrement indurée. Il ne me paraît pas possible de se contenter de l'excision de la muqueuse et de la tumeur, il me paraît au contraire indispensable de faire l'excision de toute l'étendue de la paroi vésicale.

Par une incision circulaire comprenant toute l'épaisseur de la paroi vésicale, je circonscris la tumeur et je mobilise aussi la tumeur et toute la paroi vésicale correspondante. L'uretère est au centre de la tumeur, il se trouve mobilisé et vient avec elle. Je le sépare de la tumeur pour enlever celle-ci, mais à ce moment l'uretère légèrement dilaté échappe et se retire au delà de la paroi vésicale, et je me trouve en présence d'une longue perte de substance des dimensions d'une pièce de deux francs correspondant à la tumeur et à l'implantation de l'uretère, mais celui-ci s'est retiré en arrière de la vessie de telle façon que par cette plaie je ne puis le ravoïr.

Je me décide à terminer l'opération par la fermeture de la plaie vésicale et je m'occuperai ultérieurement de l'uretère.

Je ferme la perforation vésicale du bas-fond par quatre points de suture massive au catgut, sans difficulté, et lorsque la plaie est comblée et l'hémostase assurée, je me préoccupe dans un second temps de l'uretère.

Pour cela je décolle le péritoine et vais chercher l'uretère sur la face extérieure et sous-péritonéale de la vessie ; je le trouve, l'amène à la partie supérieure de la vessie et crée au bistouri un

orifice sur le flanc droit en haut de la vessie et procède correctement à une urétéro-cysto-néostomie par adaptation de la muqueuse vésicale à la muqueuse urétérale ; grâce à la situation haute que j'ai donné à l'orifice, la manœuvre peut s'effectuer dans de bonnes conditions et sans traction ; toutes les sutures sont faites au catgut fin. Un drain est mis dans la vessie, qui sort par l'hypogastre, autour du drain l'incision antérieure de la vessie est fermée par trois points de suture, la fermeture de la paroi hypogastrique est incomplète de façon à laver par le drain.

Les suites opératoires se sont passées sans incidents, l'opération avait été faite le 12 mai 1914 ; le 18 le drain hypogastrique est retiré et on met une sonde à demeure. Celle-ci est laissée jusqu'au 25 et ce jour la vessie est fermée. A partir de ce moment-là, les suites évoluent favorablement et le malade qui avait présenté quelques oscillations de température assez élevée pendant deux ou trois jours quitte la maison de santé le 24 juin parfaitement remis.

*Résultat éloigné.* — J'ai revu cet homme le 6 décembre 1914, il présentait à ce moment un rein droit douloureux et gros, il venait d'avoir quelques poussées de fièvre. Je rappelle que ce rein avait été reconnu augmenté de volume avant l'opération, que l'uretère avait été vérifié, dilaté au cours de l'opération et je me demandais s'il n'y aurait pas de ce côté quelques nouveaux accidents de nature à compromettre le fonctionnement de ce rein ; j'avais laissé entrevoir la possibilité d'une opération nouvelle, au besoin d'un cathétérisme de l'uretère nouvellement implanté, conditions d'ailleurs difficiles à ce moment de la guerre.

Le malade est perdu de vue et ne se trouve qu'en 1917, au mois de septembre, c'est-à-dire deux ans après ; à ce moment il a engraisé de quatorze kilos, son rein droit est toujours un peu augmenté de volume mais non sensible, il n'a plus de fièvre et tout semble indiquer que les choses évoluent favorablement.

L'examen pratiqué a montré qu'il s'agissait d'un papillome dégénéré dont les implantations pénétraient assez loin dans la paroi vésicale.

OBSERVATION VII, de VIANNAY (résumée)

*Epithélioma au niveau de l'abouchement de l'uretère gauche.  
Résection et réimplantation.*

Viannay a pratiqué une cystectomie partielle de la zone urétérale, chez un homme de 40 ans, atteint d'un épithélioma volumineux de la vessie avec hémorragies graves. La cystoscopie avait permis de localiser la tumeur sur le bas-fond vésical au niveau de l'abouchement de l'uretère gauche.

Après la taille vésicale la tumeur fut saisie et attirée en avant de façon à soulever en un pli saillant la zone de paroi vésicale sur laquelle elle avait sa base d'implantation ; puis la paroi fut incisée localement ; l'uretère sectionné fut saisi et réimplanté dans la ligne de suture qui rapprochait les bords cruentés. L'opération réussit bien, mais le malade succomba un mois après à une tuberculose pulmonaire rapide.

OBSERVATION VIII (inédite)

*Néoplasme près de l'embouchure de l'uretère gauche*

F... Jean, 51 ans, jardinier, entré à la clinique le 2 mars 1916.

Le malade entre à l'hôpital pour douleurs pendant les mictions et hématurie abondante.

*Antécédents héréditaires* : Frère mort à la suite d'une maladie d'estomac mal connue du malade. Mère vivante bien portante. Sœur avec déviation de la colonne vertébrale.

*Antécédents personnels* : Rien à signaler dans la première enfance ; le malade nie la blennorragie et la spécificité. A l'âge de 9 ans, enfermé dans une cave, il est pris de frayeur et prend peu à peu des crises de nerfs ; il est soigné à la Tête (Drôme) pendant un an et revient guéri. Tout va bien jusqu'en 1914.

En avril 1914, le malade a de l'hématurie sans douleurs pendant deux jours ; les urines sont uniformément teintées de sang. L'hématurie cesse rapidement. En septembre 1915 l'hématurie revient de temps en temps toujours sans douleurs. Les douleurs apparaissent en novembre, douleurs au bas-ventre, vers les

canaux inguinaux et à la partie postéro-supérieure de la région coxale. Le malade va trouver M. J..., major à l'hôpital de Givry, qui diagnostique une cystite, la traite et pensant à la calculose l'envoie à M. T... pour la radiographie ; l'appareil n'étant pas assez fort, M. T... envoie le malade à Lyon, où il voit M. N..., qui fait entrer le malade dans le service.

Actuellement on constate :

Urines noirâtres extrêmement sanglantes.

Reins : malgré palpation soigneuse il est impossible de les sentir.

Prostate : Petite du côté gauche, lobe un peu plus induré qu'à droite, sans induration néoplasique certaine.

20 mars 1916. — Cystoscopie. — On trouve au niveau du méat urétéral gauche une petite tumeur papillomateuse, non ulcérée, semblant sortir de l'uretère ; au-dessous on trouve un caillot et le cathétérisme urétéral est possible entre le caillot et la tumeur ; l'orifice par lequel peut pénétrer la sonde paraît béant et élargi. Une injection de 150 gr. d'eau colorée par du bleu de méthylène ne colore pas le liquide qui sort par la sonde urétérale ; ce n'est que si la quantité de liquide coloré est plus importante qu'on recueille par la sonde urétérale quelques gouttes colorées, il semble bien que si la pression est suffisante il y a reflux urétéral.

Pas de température pendant le séjour du malade à l'hôpital.

Sorti du service le 30 mars, sans avoir voulu accepter l'intervention. Depuis aucune nouvelle.

---



## CONCLUSIONS

---

I. — Le siège des tumeurs de la vessie est fréquemment dans la zone urétérale.

II. — Ces tumeurs présentent tous les caractères des néoplasmes vésicaux, mais étant donné leur siège, elles déterminent, du côté de l'appareil rénal, des complications à symptômes particuliers : l'hydronéphrose.

III. — L'intensité de ces derniers est telle qu'elle attire parfois l'attention du côté du rein; le chirurgien devra s'assurer par la cystoscopie que c'est la vessie qui en est cause et non le rein.

IV. — Le pronostic de ces tumeurs est, de ce fait, plus sombre que pour les autres localisations vésicales du cancer.

V. — Il faudra toujours intervenir, et la technique opératoire variera suivant que l'on aura affaire à une tumeur pédiculée ou à une tumeur infiltrée. Dans le premier cas, la voie endovésicale pourra rendre de grands services. Dans le second cas, il faudra faire la cystectomie partielle.

et la résection du conduit urétéral. L'uretère sera toujours réimplanté à la vessie si on le peut, ou on pratiquera l'urétérostomie.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,  
ROCHET.

*Vu :*  
LE DOYEN,  
JEAN LEPINE.

*Vu et permis d'imprimer :*

Lyon, le 23 novembre 1922,  
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
J. CAVALIER.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- ALBARRAN. — *Traité des tumeurs de la vessie* (Paris 1893).
- Tumeurs juxta-vésicales de l'uretère (*Société de chirurgie*, juillet 1902).
- BENSA. — Tumeurs de la vessie à symptomatologie rénale (*Thèse* Paris, 1896).
- BOISVIN. — Pathogénie des rétentions rénales au cours des tumeurs vésicales (*Thèse* Paris, 1897).
- CATHELIN. — Les conditions d'intervention dans les tumeurs de la vessie (*Paris chirurgical*, 1909, p. 1).
- CLADO. — *Traité des tumeurs de la vessie*, 1895.
- De la résection de la vessie par tumeurs (*Arch. gent. de méd.*, 1894, 2<sup>e</sup> trimestre, feuilles 272 et suivantes).
- COTTENOT et COURTADE. — *Emploi thérapeutique des courants de haute fréquence dans les affections vésicales d'origine organique*.
- *Congrès de la Soc. pour avanc. des sciences*, Rouen, 1921.
- DORÉ. — De l'intervention dans les tumeurs de la vessie (*Thèse* Paris, 1912).
- DURET. — Mécanisme de l'urionéphrose (*Ass. fran. d'urologie*, 1899).
- FENWIK. — *British medical journal*, 1888, p. 438.

GUYON. — Remarques cliniques et anatomopathologiques sur les néoplasmes infiltrés, leçons recueillies par NOGUÈS et PASTEAU (*Ann. génito-urin.*, 1897, p. 225).

— *Leçons sur les maladies de la vessie et de la prostate*, p. 534.

— *Congrès de chirurgie*, 1888.

HERVIER. — De l'influence des tumeurs de la vessie sur le rein. Anurie au cours des néoplasmes vésicaux (*Thèse Bordeaux*, 1910-1911).

KALALKIN. — Résection de la vessie et uretère pour cancer (*Thèse Strasbourg*, 1914).

LEGUEU. — *Ass. franc. d'urologie*, 5 oct. 1905).

— *Traité de chirurgie*, LE DENTU et DELBET, t. IX, art. *Vessie*.

LEGUEU et PAPIN. — Dérivation des urines en amont de la vessie (*Arch. urologie de la clinique Necker*, t. III, fasc. I, p. 1-45).

LOWER. — Position de l'uretère dans les affections chirurgicales de la vessie quand les orifices urétéraux sont intéressés (*J. urol.*, t. XI, f. II, 1904).

MALHERBE. — Tumeurs de la vessie (*Gaz. méd. de Nantes*, 1906, 2<sup>e</sup> série, t. XXIV, p. 409).

MARION. — *Diagnostic et traitement des tumeurs de la vessie*.

— *Rev. prat. des mal. des organes génit. urinaires*.

PAPIN. — Traitement moderne des tumeurs de la vessie (*La Médecine*, oct. 1914).

PASTEAU. — Extirpation des tumeurs vésicales avoisinant les orifices urétéraux (6<sup>e</sup> sess. *Ass. française urologie*, 1902, p. 550-552).

POUSSON. — Tumeur de la vessie (*Thèse Paris*, 1883-84).

RICARD POMARÈDE. — De la cystectomie partielle dans les tumeurs de la vessie (*Thèse Montpellier*, 1918-19).

ROCHET. — *Trécis de chirurgie de l'uretère et de la vessie* (Paris, Steinheil, 1901).

ROQUES. — Etincelage dans les tumeurs bénignes de la vessie  
(Thèse Lyon, 1922).

TAVERNIER. — Tumeur vessie, cystectomie partielle (*Soc. ch.*  
*Lyon*, janvier 1914).

THÉVENOT. — Cystectomie partielle (*Soc. chirurgie Lyon*,  
mars 1914).

TOURNEUX. — Hydronéphrose consécutive à un cancer de la  
vessie (*Toulouse médical*, 1909, p. 160).

VIANNAY. — Cystectomie partielle, réimplantation de l'uretère  
(*Soc. des Sciences méd. de St-Etienne. Revue de chirurgie*, II, p. 219).

---

## TABLE DES MATIÈRES

|                                                                 |    |
|-----------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION . . . . .                                          | 7  |
| CHAPITRE PREMIER. — Anatomie pathologique. . . . .              | 9  |
| CHAPITRE II. — Signes fonctionnels. — Signes physiques. . . . . | 15 |
| CHAPITRE III. — Diagnostic. . . . .                             | 21 |
| CHAPITRE IV. — Traitement. . . . .                              | 25 |
| OBSERVATIONS . . . . .                                          | 33 |
| CONCLUSIONS . . . . .                                           | 47 |
| BIBLIOGRAPHIE . . . . .                                         | 49 |

---



